

УДК 616.89-051:364-786-787.522

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.108069

ВПЛИВ ПРОФЕСІЙНОГО ДИСТРЕСУ НА СТАН АДАПТАЦІЇ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

© В. В. Вьюн

В дослідженні проведено вивчення специфіки впливу професійного дистресу на стан адаптації лікаря-інтерна. Встановлено, що жінки виявляють більш високий рівень розладів адаптації, в порівнянні з чоловіками. Описано специфіку клінічних та психологічних проявів порушень адаптації у лікарів інтернів. Виділено астеничний, гіперестезичний, тривожно-депресивний, психосоматичний, астено-апатичні та адиктивний типи дезадаптивних реакцій

Ключові слова: психологічна адаптація, професійна діяльність, лікарі-інтерни, дезадаптація, медико-психологічна підтримка, психоосвіта

1. Вступ

Всесвітня організація охорони здоров'я називає професійний стрес хворобою XXI століття, цей вид стресу зустрічається в будь-якій професії будь-якої країни світу, досягаючи розмірів «глобальної епідемії» [1]. Міжнародна організація праці оцінює втрати внаслідок стресу в двісті мільярдів доларів щорічно. Тривалий професійний стрес призводить до соматичних захворювань, психологічних проблем або до розвитку професійного вигорання [2].

На поточному етапі реформування системи охорони здоров'я стає актуальним своєчасне виявлення і нівелювання у медичного персоналу негативних змін емоційних реакцій у професійній діяльності, що зменшить вірогідність відтоку кваліфікованих фахівців з медицини [3].

2. Обґрунтування дослідження

У низці наукових досліджень звертається увага на те, що медико-психологічна підтримка медичних працівників, поряд з високим рівнем підготовки, адекватним фінансуванням, стандартизацією послуг, наявністю мережі закладів, є одним з головних чинників розвитку й ефективного функціонування медичної допомоги [4, 5]. Досвід багатьох країн переконливо свідчить, що професійна дезадаптація є керованою проблемою [6, 7]. Так званий «менеджмент стресу» попереджує розлади адаптації і забезпечує відновлення цілісності особистості. Планування менеджменту стресу повинно бути постійним процесом, а не періодичним застосуванням певних технік або вправ [8]. Тому важливим моментом роботи лікувально-профілактичних закладів повинна стати організація перманентної психологічної підтримки медичних фахівців [9].

В сучасних умовах основними завданнями післядипломної освіти лікарів є забезпечення як покращання фахової підготовки лікарів-інтернів, так і забезпечення медико-психологічної підтримки лікаря у період адаптації до професійної діяльності [10]. Одним з найважливіших педагогічних завдань інститутів післядипломної освіти є робота лікарями-інтернами, спрямована на більш швидку й успішну їх

адаптацію професійної діяльності, до нової системи соціальних відносин [11].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

3. Мета дослідження

Вивчення специфіки проявів психологічної дистресу лікаря-інтерна в період професійної підготовки фахівця.

4. Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології було проведено комплексне обстеження 213 лікарів – інтернів першого року навчання Харківського національного медичного університету, 116 жінок та 97 чоловіків, у віці 22–25 років (середній вік $23 \pm 2,0$ роки).

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-анамнестичний; психодіагностичний з використанням клінічних шкал тривоги та депресії Гамільтона (М. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва, 1988); шкали оцінки професійної дезадаптації О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої (2003), шкали професійного стресу (Д. Фонтана, 1995) та статистичний метод – результати представлені у вигляді середнього значення.

5. Результати дослідження

Адаптацію лікарів інтернів до професійної діяльності необхідно розглядати як динамічний, багатосторонній і комплексний процес формування навичок задоволення тих вимог, що пред'являються до лікаря в період його адаптації до професійної діяльності.

Як показали отримані у ході роботи дані 44,3 % чоловіків та 31,4 % адаптовані до професійної діяльності. При цьому 20,1 % чоловіків та 13,1 % жінок мають високий рівень адаптації, для якого притаманні – високий рівень працездатності, психологічного комфорту, наявність резервів для подолання критичних ситуацій. 15,4 % та 12,2 % відповідно – середній рівень, який характеризується зниженням рівня працездатності та психологічного комфорту в кризових

ситуаціях, зі швидким відновленням при їхньому вирішенні і збереженням психологічного комфорту поза робочим процесом. Для 8,8 % чоловіків та 6,1 % жінок характерні низький рівень адаптації, прояви психологічного дискомфорту в повсякденному житті, постійне почуття незадоволеності собою і своєю професійною діяльністю.

У 55,7 % чоловіків та 68,6 % жінок виявлено стани дезадаптації. А саме високий рівень дезадаптації, що вимагає вживання невідкладних заходів (психологічних і медичних) виявляють у себе 9,2 % чоловіків і 12,5 % жінок; виражений рівень дезадаптації, що вимагає обов'язкового втручання психологів, проведення програми по реадаптації – 10,3 % чоловіків, 14,0 % жінок; помірний рівень дезадаптації, при якому корисно проведення консультативної роботи фахівців – 36,2 % і 42,1 % відповідно.

Для обстежених з порушеннями адаптації виявилось характерним знижений фон настрою (76,2 %) з почуттям туги й безнадійності (46,3 %), зниження загальної активності й підвищена стомлюваність (67,2 %), зниження здатності до зосередження (30,2 %), відчуття напруженості, скутості, порушення сну (42,2 %), які характеризувалися труднощами засинання, переривчастим сном, раннім пробудженням з неможливістю заснути; вегетативний дисбаланс (38,5 %), який виявлявся у коливаннях артеріального тиску, неприємних відчуттів в очах; головним болем; больовими відчуттями у ділянках спини та шиї; відчуттям важкості в голові; відчуттями шуму або дзвону у вухах; відчуттям появи «мушок» перед очима; тахікардією.

Психологічні прояви порушень адаптації характеризувалися скаргами на постійні дистреси, незадоволеністю рівнем досягнення життєвих цілей, відсутністю прагнення спілкуватись з оточуючими, труднощами встановлення комунікативного контакту з незнайомими людьми, конфліктністю у робочому колективі та в сім'ї, зниженням мотивації до професійної діяльності.

При цьому як показали результати дослідження 30,1 % з усіх опитаних лікарів-інтернів категорично заперечують необхідність психологічної допомоги. Ще 25,9 % обстежених вагалися з відповіддю, 44,1 % вважають, що психологічна допомога їм потрібна в першу чергу при вирішенні таких проблем як: подолання інформаційного стресу, адаптація до нових умов навчання та праці, входження в новий колектив, згуртування навчальної групи; рішення особистісних проблем.

Отримані в ході роботи дані дозволили систематизувати прояви дезадаптивних реакцій та виділити астенічний, гіперестезичний, тривожно депресивний, психосоматичний, астено-апатичний та адиктивний варіанти дезадаптивних реакцій у лікарів-інтернів (табл. 1).

Астенічний (25,8 % чоловіків та 22,5 % жінок) характеризувався домінуванням слабкості, млявості, швидкої виснаженості, дратівливості, підвищеної сприйнятливості до раніше нейтральних подраз-

ників, апатії, адінамії на тлі вегетовісцеральних пароксизмів (головні болі, відчуття нестачі повітря, артеріальна гіпотонія, відсутність апетиту), легкою виразністю тривоги і депресії за шкалою Гамільтона.

Таблиця 1
Варіанти дезадаптивних реакцій у лікарів-інтернів

Дезадаптивні реакції	Чоловіки		Жінки	
	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%
Астенічний	25	25,8	26	22,5
Гіперестезичний	20	20,6	27	23,2
Тривожно-депресивний	11	11,3	24	20,6
Психосоматичний	14	14,5	21	18,1
Астено-апатичний	12	12,3	13	11,2
Адиктивний	15	15,5	5	4,4

Гіперестезичний (20,6 % чоловіків та 23,2 % жінок) проявлявся дратівливістю, нестриманістю, нетерплячістю, що підсилювалися при стомленні і напрузі, схильністю до короткочасних або затяжних афективних реакцій, підвищеною чутливістю до раніше нейтральних подразників, важкою або помірно вираженою тривогою та легко вираженою депресією за шкалою Гамільтона.

Тривожно-депресивний (11,3 % та 20,6 % відповідно) визначався домінуванням загального тривожно-депресивного фону настрою, пригніченістю, дратівливістю, гіперестезіями, почуттям туги, тривоги, чекання нещастя, внутрішнім напруженням, занепокоєнням із неможливістю розслабитися, порушеннями сну, відзначалася важка або помірно виражена тривога і депресія за шкалою Гамільтона.

Психосоматичний (14,5 % чоловіків та 18,1 % жінок) проявляється розвитком психосоматичних захворювань, концентрацій уваги на стані соматичного неблагополуччя, чому сприяли вегетативні пароксизми, частіше кардіоваскулярного типу (тяжке відчуття здавлення, стискання у грудях), депресивні і тривожні розлади в рамках легкого епізоду за шкалою Гамільтона.

Астено-апатичний (12,3 % та 11,2 % відповідно) характеризувався проявами астенії у поєднанні з бездіяльністю, байдужістю, відсутністю інтересу до спілкування на тлі зниженого настрою, апатії помірно вираженою тривогою і депресією за шкалою Гамільтона.

Адиктивний варіант був достовірно більш характерним для чоловіків – 15,5 % обстежених у порівнянні із 4,4 % жінок, для нього були характерні надмірне вживання алкоголю, вживання наркотичних і токсичних речовин, поступова втрата ситуаційного контролю при прийомі психоактивних речовин, а також формування різних нехімічних видів залежності, депресивні і тривожні розлади в рамках легкого або помірного епізоду за шкалою Гамільтона.

6. Обговорення результатів дослідження

Таким чином, у ході роботи комплексний аналіз феномена розладів адаптації лікарів-інтернів до професійної діяльності дозволив виділити основні типи дезадаптивних реакцій: астеничний, гіперстезичний, тривожно-депресивний, психосоматичний, астено-апатичний та адиктивний. Проаналізовано високий, та низький рівні адаптації лікаря-інтерна до професійної діяльності

Отримані дані, щодо розладів адаптації лікарів у процесі їх професійної діяльності корелюють з даними вітчизняних дослідників [1–3], проте їх увага прикута в більшій мірі до розладів адаптації у лікарів, які працюють за фахом більш 5 років. За результатами дослідження було розширено та доповнено існуючі наукові уявлення про адаптацію лікарів до професійної діяльності на моделі лікарів-інтернів.

Встановлено що переважної більшості лікарів інтернів (55,7 % чоловіків та 68,6 % жінок) виявлено стани дезадаптації, при цьому у 9,2 % чоловіків і 12,5 % жінок діагностовано високий рівень дезадаптації, у 10,3 % чоловіків, 14,0 % жінок виражений рівень

дезадаптації, у 36,2 % чоловіків і 42,1 % жінок -помірний рівень дезадаптації. Виявлені дезадаптивні стани, на наш погляд, обумовлені не тільки специфікою адаптації до професійної діяльності, але і сучасними особливостями навчання в інтернатурі.

Систематизовано варіанти дезадаптивних реакцій у лікарів-інтернів, виникаючих під впливом професійного дистресу, які повинні слугували підґрунтям для розробки системи її психокорекції та психопрофілактики, що визначає напрямки подальших наукових досліджень.

7. Висновки

1. Професійний дистрес лікарів-інтернів призводить до формування станів дезадаптації (55,7 % чоловіків та 68,6 % жінок). Високий рівень дезадаптації виявлено у 9,2 % чоловіків і 12,5 % жінок; виражений рівень – у 10,3 % чоловіків, 14,0 % жінок; помірний рівень дезадаптації – у 36,2 % і 42,1 % відповідно.

2. Виділено астеничний, гіперстезичний, тривожно-депресивний, психосоматичний, астено-апатичний та адиктивний варіанти дезадаптивних реакцій у лікарів-інтернів.

Література

1. Пшук, Н. Г. Проблема професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю [Текст] / Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 2 (73) – С. 151–155.
2. Вітенко, І. С. Психологічна адаптація сімейного лікаря до професійної діяльності [Текст]: монографія / І. С. Вітенко. – Вінниця: Нова книга, 2013. – 132 с.
3. Пшук, Н. Г. Деякі індивідуально-психологічні предиктори формування професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю [Текст] / Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, Вип. 1 (78). – С. 84–87.
4. Витенко, І. С. Профилактика и коррекция расстройств адаптации врачей в условиях работы по принципам семейной медицины [Текст] / И. С. Витенко, В. В. Вьюн // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, Вип. 3 (72). – С. 169–170.
5. Кокун, О. М. Адаптація та адаптаційні можливості людини: прикладні аспекти [Текст] / О. М. Кокун // Актуальні проблеми психології. – 2005. – Т. 5, Вип. 4. – С. 77–85.
6. Аршава, І. Ф. Функціональні стани людини в процесі адаптації до екстремальних умов діяльності (у парадигмі „особистість-стан”) [Текст] / І. Ф. Аршава // Вісник АПН України: Педагогіка і психологія. – 2006. – № 4 (53). – С. 82–90.
7. Кожина, А. М. Адаптація студентів першого курсу до навчальної діяльності – пріоритетне завдання вищого навчального закладу [Текст] / А. М. Кожина, М. В. Маркова // Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал. – 2012. – Т. 5, № 2 (28). – С. 28–34.
8. Кожина, А. М. Проблеми адаптації студентів до навчальної діяльності у ВУЗі в умовах кредино-модульної системи освіти [Текст] / А. М. Кожина, М. В. Маркова, Е. Г. Гриневич // Науково-інформаційний вісник Академії наук вищої освіти України. – 2013. – № 3 (86). – С. 87–93.
9. Соколова, І. М. Психофизиологические механизмы адаптации студентов [Текст]: монографія / І. М. Соколова. – Харьков: ХГМУ, 2007. – 412 с.
10. Волошин, П. В. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) [Текст]: монографія / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Г. М. Кожина, М. В. Маркова та ін. – Харків, 2016. – 335 с.
11. Волосовець, О. П. Стратегія євроінтеграційного реформування вищої медичної освіти України [Текст] / О. П. Волосовець // Проблеми медичної науки та освіти. – 2006. – № 1. – С. 5–12.

Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Кожина Г. М.

Дата надходження рукопису 16.05.2017

Вьюн Валерій Васильович, кандидат медичних наук, доцент, директор інституту післядипломної освіти, Харківський національний медичний університет, пр. Науки 4, м. Харків, Україна, 61022
E-mail: val.v.nnipo@gmail.com